

State of New Mexico
 Voucher Batch Report
 BusinessUnit 66500 Department of Health
 Vouchers with Final Agency Approval But Not Yet Reviewed/Approved By DFA/PCD
 AsOfDate 05/15/2012

0000146859 5/21/12

AsofDate	05/15/2012																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
----------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Summary | Invoice Information | Payments | Voucher Attributes | Error Summary

Business Unit: 66500

Invoice Number: Adams, R. 4.30-5.3.12

Voucher ID: 00294597

Invoice Date: 05/11/2012

Voucher Style: Regular

Total: 275.00

Vendor: ADAMS, RICHARD B

*Pay Terms: Pay Now  Schedule PaymentsRUIDOSO PUBLIC HEALTH OFFICE
RUIDOSO, NM 88345

Payment Information

Find | View All | First  1 of 1  Last

Scheduled Payment: 1

*Remit to: 0000097303 

Gross Amount: 275.00 USD

Location: 001 Discount: 0.00 USD ☐ Discount Denied*Address: 1 

Late Charge

ADAMS, RICHARD B
RUIDOSO PUBLIC HEALTH OFFICE
103 KANSAS CITY RD
RUIDOSO, NM 88345Scheduled Due: 05/11/2012 

Net Due: 05/11/2012

Discount Due:

Accounting Date:

Payment Method

*Bank: WFB10

Pay Group:


*Account: B

*Handling: RE

*Method: ACH ACH

*Netting: N 

Message:

 Messages

Message will appear on remittance advice.

Summary  Invoice Information  Payments  Voucher Attributes  Error Summary

Business Unit: 66500

Invoice Number: Adams, R. 4.30-5.3.12

Voucher ID: 00294597

Invoice Date: 05/11/2012

Voucher Style: Regular

Total: 275.00

Voucher Processing

☒ Post Voucher☐ Close Voucher☒ Revalue Voucher☐ Delete Voucher

Accounting Instructions

*Accounting Template: STANDARD Account At: Gross 

Saved

Match Action

*Status:

Ready ☐ Pay UnMatched Voucher

Transaction Currency

*Source:


Tables 

*Currency: USD

Rate Type: CRRNT 

Exchange Rate: 1.00000000

Voucher Approval

*Approval: Specify at this Level Business Process: PROCESS_VOUCHERS Approval Rule Set: Payment Approval Rule Set 1 

Self Billing Invoice

*SBI Num Option:

Group Vouchers (Auto-Nur 

SBI Number:

Prepayment

Prepayment Reference:

☐ Automatically Apply Prepayment☐ Postpone Withholding

Letter of Credit

Letter of Credit ID:



Tax Group

STATE OF NEW MEXICO
ITEMIZED SCHEDULE
OF TRAVEL EXPENSES

DATE 4/30/12

**VOUCHER
NUMBER**

00294597

NAME	Richard Adams	CAR LICENSE NUMBER	GS-1984	POST OF DUTY	PROPOSED (ADVANCE VOUCHER)
SOCIAL SECURITY NUMBER	97303	MODEL	Nissan	Ruidoso	<input type="checkbox"/>
NORMAL WORK DAY	8am to 5pm	YEAR	2011	RESIDENCE	ACTUAL (RECOUPMENT VOUCHER)
				Ruidoso	<input checked="" type="checkbox"/>

DATE	TIME SHOW AM OR PM		CHARACTER OF EXPENDITURES ENTER DESTINATION, NATURE OF OFFICIAL BUSINESS, PARTY CONTACTED AND MISCELLANEOUS	ODOMETER READINGS			AMOUNTS		
	DEPARTURE	ARRIVAL		ENTER START AND FINISH	NO. OF MILES	MILEAGE	PER DIEM	MISCELLANEOUS	TOTALS
4/30/12	7:00am		Depart Ruidoso to Silver City to meet with staff at FBMC. Overnight				85.00		85.00
5/1/12			Overnight				85.00		85.00
5/2/12			overnight				85.00		85.00
5/3/12		5:00pm	Depart Silver city to Ruidoso partial day per diem-10 hrs.				20.00		20.00

PER DIEM IS BASED ON (CHECK ONE) ACTUAL <input type="checkbox"/> APPROVED RATES <input checked="" type="checkbox"/>		I certify that any payment sought on this voucher does not include reimbursement for alcoholic beverages; I further certify that no further payment will be sought for the travel/training covered by this voucher.		TOTALS Advance Amount (w/ 80%) Adjusted Reimbursement		275.00 275.00	275.00 275.00
Employee Signature _____		Date _____					

X Check here if this claim is in compliance with the Nonroutine Reassignment provisions of the DFA regulations Governing the PerDiem and Mileage Act.

GENERATED BY DOI-ITENIZED version 1.0.2

LAST MODIFIED ON: 05/04/2012 09:02

① DfA COPY

② ACCOUNTING COPY

3 VENDOR REALITY

④ ORIGINATOR COPY

1. Richard Adams

do solemnly swear that the above claim for reimbursement is just and true in all respects and complies with the DFA Regulations Governing the Per Diem and Mileage Act.

PAYEE SIGN HERE **X**

Our claim for reimbursement is just and true in all respects and complies with the Per Diem and Mileage Act.

New Mexico Department of Health Travel and Training Request Form

Employee Information	Employee Name:	Richard Adams	Position:	CMO, OFM
	Department ID and Fund:	6001001000	Telephone:	575-706-8931
	Post of Duty:	Ruidoso	Residence:	Ruidoso

Please indicate if traveler is a non-employee and use Object Code 547900 on vouchers.

Vehicle Information	<input checked="" type="checkbox"/> Check if state vehicle		<input type="checkbox"/> Check if personal vehicle		License #: GS-1984	
	Year: 2011	Make: Nissan	Model: Altima			

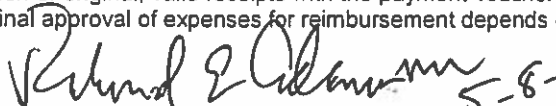

Trip/Training Information	Please provide agendas, itineraries and any relevant documents.				
	Course Name: Meeting with staff at FBMC				
	<input checked="" type="checkbox"/> Check if training is required		<input type="checkbox"/> Check if Continuing Education credits will be granted		

Travel Information	Date of Request: 04/27/12		Destination: Silver City		
	Departure Date: (month/day/yr) 04/30/12	Time: 07:00 AM	Return Date: (month/day/yr) 5/3/12	Time: 05:00 PM	
	<input checked="" type="checkbox"/> In-State <input type="checkbox"/> Out-of-State <input type="checkbox"/> Training <input type="checkbox"/> Time Only <input type="checkbox"/> *Actuals <input type="checkbox"/> No cost to State/Paid By:				

* If actuals are requested: Expenses will only be reimbursed by providing original and valid receipts and by meeting the justification for actuals. Receipts and justifications must be submitted with the payment voucher. If the trip is being paid in part by another entity, you must claim actuals. A justification for actuals must be accompanied by cost comparison for hotels, taxi/shuttles, etc.

546700: Subscription/Annual Dues		542100: In-State Mileage: @ .41 per mile	\$ 0.00
546800: Registration – Employee		542200: In-State Per Diem: 3 @ \$85/day	\$ 255.00
546800: Registration – Vendor		Santa Fe Only: @ \$135/day	\$ 0.00
549300: Airline Cost – Vendor		549700: Out-of-State Per Diem: @ \$115/day	\$ 0.00
Airline Cost – Employee		Actuals: @ /day	\$ 0.00
Baggage Fee		With meals: @ \$45/day	\$ 0.00
Shuttle Fee		Partial day: @ \$12/2-6 hrs	\$ 0.00
Taxi Fee		Partial day: 1 @ \$20/6-12 hrs	\$ 20.00
Parking Fee		Partial day: @ \$30/12 or more hrs	\$ 0.00
Mileage @ .41 per mile	\$ 0.00	Total reimbursement to employee	\$ 275.00
Miscellaneous Expense: days @ \$6 per day	\$ 0.00	Total cost of trip	\$ 275.00
Car Rental: days @ per day	\$ 0.00		

I, the undersigned, acknowledge by my signature that I am aware that reimbursement for actual expenses will be allowed only upon presentation of original, valid receipts with the payment voucher, that reimbursement will be according to the current DFA travel rates and that final approval of expenses for reimbursement depends on budgetary sufficiency.

 Employee Signature	Date	 Supervisor/Bureau Chief Signature	Date
---	------	---	------

Division Director/Hospital Administrator (As per specific division requirements)	Date	Cabinet Secretary Signature (To be obtained for Division Directors' requests and when Division Directors are not available to sign approval.)	Date
---	------	--	------